

Projekt „Kompleksowe wsparcie medyczne zapewnieniem poprawy zdrowia osób niesamodzielnych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 1

Nazwa (imię i nazwisko)

Adres

Tel

NIP (jeśli dotyczy)

Regon (jeśli dotyczy)

KRS CEiDG PESEL

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz
(nazwa i adres praktyki lub imię i nazwisko)

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 06/9.2.2/2018 na **świadczenie usług lekarza rehabilitacji** w ramach projektu pod nazwą: „Kompleksowe wsparcie medyczne zapewnieniem poprawy zdrowia osób niesamodzielnych” (projekt nr RPLD.09.02.02-10-0013/16), składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena jednej wizyty domowej lekarza rehabilitacji zł brutto

Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji związanej z postępowaniem ofertowym na adres

e-mail zobowiązując się do jej odbierania.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wykonawcy lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)